

Termo de Ciência e Responsabilidade

Eu, _____,
R.F.: _____, R.G.: _____, optante pelo
Plano
_____ do Grupo **NOTREDAME INTERMÉDICA**, estou
ciente de que:

- 1- A **isenção de todas as carências e o início da utilização dos benefícios** estarão condicionados à formação de grupo de **50 (cinquenta)** usuários.
- 2- O período mínimo de permanência no Plano contratado é de **12 (doze)** meses.
- 3- Não existe cobertura para **Acidente de Trabalho**.
- 4- A **inclusão dos dependentes** no Plano só poderá ser feita no **ato da adesão**, conforme disposição legal, e os mesmos só poderão ser **excluídos** por perda de direito legal à dependência.
- 5- Os dependentes **não** poderão permanecer no Plano em **caso de falecimento e/ou exclusão do titular por qualquer motivo**, sob pena de responsabilidade civil e criminal.
- 6- Em caso de - "**nascimento/casamento**" - a inclusão dos novos dependentes deverá ser feita em **até 29** dias, a partir da data do evento.
- 7- Somente a **quitação no prazo, de TODOS os boletos enviados** pela **NotreDame Intermédica** garantirá o uso dos benefícios do Plano. Os pagamentos com atraso não garantirão, necessariamente o direito ao uso.
- 8- **O plano será cancelado no caso de perda de elegibilidade (desvinculação/desfiliação) da Entidade**, sendo de minha responsabilidade a

comunicação a Entidade e não mais utilização por mim e meus dependentes, sob pena de responsabilização criminal e civil, inclusive através de cobrança pelos serviços prestados.

9- O Plano será cancelado em caso de inadimplência no pagamento de qualquer das mensalidades, por período superior a 60 (sessenta dias), consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses da vigência do contrato.

10- É meu dever consultar sempre a rede de atendimento no portal/site:

www.gndi.com.br ou pelo telefone: 3155-2300.

10.1- NAS INTERNAÇÕES OBSTÉTRICAS (MATERNIDADE/PARTOS)

Na hora do parto, ocorrendo os primeiros sintomas de que o bebê irá nascer (dores, rompimento da bolsa), você ou sua dependente deverá procurar a Maternidade mais próxima de sua preferência, dentre as relacionadas no Manual de Orientação e no site da NotreDame Intermédica, com a seguinte documentação: Carteira de Identificação da NotreDame Intermédica, Certidão de Casamento/Nascimento, Documentos Pessoais.

Não há necessidade de guia de autorização prévia da **NotreDame Intermédica**.

O PARTO SERÁ REALIZADO PELA EQUIPE MÉDICA (OBSTÉTRICA) DE PLANTÃO DO HOSPITAL, SEM QUALQUER CUSTO (DESDE QUE COBERTOS CONTRATUALMENTE). ASSIM, OPTANDO POR MÉDICO PARTICULAR, NÃO HAVERÁ QUALQUER COBERTURA, SEQUER PARA A INTERNAÇÃO.

10.2- NOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA EM PRONTO SOCORRO

O beneficiário tem direito ao atendimento nos casos de urgência ou emergência comprovada nas 24 horas do dia, nos prontos-socorros indicados pela **NotreDame Intermédica**, nos seguintes serviços e tratamentos:

- Consultas e serviços ambulatoriais de urgência ou emergência;
- atendimentos clínicos e cirúrgicos de urgência ou emergência;
- Inalações de urgência;

- Atendimento em traumatologia, gesso, atadura e suturas;
- Medicação de urgência administrada no pronto-socorro;
- Repouso em pronto-socorro para recuperação ou esclarecimento diagnóstico;
- Atendimento em casos de acidente pessoal.

10.3- NAS INTERNAÇÕES PARA CIRURGIAS ELETIVAS (PROGRAMADAS)

São aquelas que ocorrem quando o paciente tem uma indicação médica para realização de tratamento cirúrgico, que pode ser programado antecipadamente, fora da urgência, sem risco de vida ou para a saúde do paciente (por exemplo, cirurgia de varizes, cirurgia de garganta, hérnias e outras). Nestes casos, existe a necessidade de que o paciente passe por uma avaliação com uma equipe cirúrgica especializada, indicada pela **NotreDame Intermédica**, e de guia de autorização prévia, cujas orientações de como obtê-la constam no Manual de Orientação.

10.4- NAS INTERNAÇÕES ELETIVAS (TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO/CLÍNICO)

São aquelas que ocorrem quando o paciente necessita de tratamento clínico especializado, para combater alguma doença que não pode ser tratada ambulatorialmente (por exemplo: pneumonia grave, desidratação, diabetes descompensada e outras). Normalmente estas internações são recomendadas por médicos dos Centros Clínicos próprios, consultórios credenciados ou Prontos-Socorros, com os respectivos encaminhamentos.

10.5- INTERNAÇÕES NA REDE PRÓPRIA DE HOSPITAIS

Utilizar preferencialmente, os hospitais da rede própria. A alta não significa que o problema foi totalmente solucionado. Diante disso, é imprescindível que você dê continuidade ao tratamento, conforme recomendação do seu médico por ocasião da alta hospitalar.

- **Internações na rede credenciada – Regime de Atendimento nos Hospitais Credenciados**

Os hospitais credenciados estão autorizados a prestar atendimento aos beneficiários, de acordo com a especialidade contratada pela **NotreDame Intermédica** e a entidade hospitalar. Em caso de “Cirurgia Eletiva” (programada), as solicitações de internação serão avaliadas pelo **DEINT** (Departamento de Internação) de sua região que verificará, conforme o caso, o recurso apropriado para seu atendimento.

- Importante: para todas as internações eletivas (cirúrgicas ou não), há a necessidade de guia de autorização prévia, cujas orientações de como obtê-la constam no Manual de Orientações, nos itens: “Como obter a guia para realização de exames e internações” e “Guias através do portal/site”.

- Nos casos de internação, quando o usuário optar por acomodações superiores às do plano por ele contratado, arcará com o pagamento das respectivas diferenças, bem como com custos médico-hospitalares (inclusive honorários médicos).

11-INDEPENDENTEMENTE DA DATA DA PROPOSTA, O VALOR MENSAL DO PLANO SERÁ REAJUSTADO QUANDO HOVER:

a) **Reajuste anual financeiro previsto na legislação**, com periodicidade de 12 (doze) meses contados a partir da última aplicação do reajuste aprovado pela ANS.

b) **Reajuste por mudança de faixa etária**, previsto na legislação, que ocorre quando os titulares/beneficiários ultrapassam o limite da faixa etária em que se encontram, respeitando-se as faixas etárias da tabela abaixo.

c) **Reajuste por sinistralidade**, recálculo técnico das mensalidades, considerando o total das receitas e despesas verificadas no período dos 12 meses anteriores, a ser aplicado anualmente, na data de aniversário do contrato.

TABELA VIGENTE (Sujeita aos reajustes previstos na Legislação)

*Reajuste Anual em **Outubro** de cada ano*

IDADE (em anos)	Plano EXTRA AG4 (enfermaria)	Plano EXECUTIVO AG4 (apartamento)	Plano EXECUTIVO PLUS AG4 (apartamento)
00 – 39	R\$ 692,07	R\$ 1.007,70	R\$ 1.332,52
40 – 59	R\$ 1.165,34	R\$ 1.696,67	R\$ 2.243,87
60 +	R\$ 4.152,34	R\$ 6.046,20	R\$ 7.995,07

Declaro minha inequívoca e irrevogável ciência e anuência a respeito das disposições e informações descritas no presente documento, bem como das responsabilidades nele previstas.

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Assinatura